

镇江市第四人民医院医务人员外出进修审批表

填表日期: _____

姓 名		性 别		年 龄		科 室	
文化程度		政治面貌		专业技术职称			
移动电话		固定电话					
申请进修单位				单位等级			
申请进修专业				申请进修时间			
最高学位或最后学历(包括毕业时间、学校、系科)							
主要经历	起 止 年 月		工 作 单 位 名 称			职 务	
现有业务技术水平及进修目标							
科室意见	签字: _____ 年 月 日						
医务部或护理部意见	签字: _____ 年 月 日						
分管院长意见	签字: _____ 年 月 日						

- 1、临床医技人员外出进修由医务部负责人签字、护理人员外出进修由护理部负责人签字
- 2、此表审批完成后交科教科备案